

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dítě se sluchovým postižením v běžné MŠ

A child with a hearing impairment in a regular kindergarten

Ingrid Smítalová

Vedoucí práce: PhDr. Tereza Hradilová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Učitelství pro mateřské školy

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Dítě se sluchovým postižením v běžné mateřské škole vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

6.12.2020 Praha

.....

podpis

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Tereze Hradilové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na děti, které mají sluchovou vadu a dochází do běžné mateřské školy. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení významu slov, které se následně vyskytují v příkladech z praxe. Přibližuje historii kochleárních implantátů a poukazuje na jejich vývoj až do současnosti. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, v němž se objevují osobní zkušenosti rodin, jejichž děti mají sluchovou vadu a vzdělávají se v běžné mateřské škole. V závěru jsou analyzovány a zpracovány získané poznatky a následně vyhodnocovány klady a zápory vzdělávání a pobytu dítěte se sluchovým postižením v běžné mateřské škole.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sluchová vada, typy sluchových vad, klasifikace sluchových vad, kompenzační pomůcky, metody.

ABSTRACT

The bachelor's thesis focuses on children who have a hearing defect and attend a regular kindergarten. The theoretical part focuses on explaining of words, which then appear in practical examples. It introduces history of cochlear implant and points to developments of it up to the present. The practical part is based on qualitative research in which personal experiences with families whose children are hearing defected and educated in a regular kindergarten appear. In the end, the acquired knowledge is analyzed and processed and then the pros and cons of education and staying of the child with hearing defect in a regular kindergarten are evaluated.

KEYWORDS

Hearing defect, types of hearing defects, classification of hearing defects, compensatory tools, methods.

Obsah

1. Úvod	7
2. Dítě	8
2.1 Psychomotorický vývoj dítěte podle období	8
2.2 Dítě se sluchovou vadou a jeho potřeby	12
3. Rodina.....	14
3.1 Raná péče.....	14
4. Sluch.....	16
4.1 Stavba sluchového aparátu a jeho funkce.....	16
4.2 Dělení na druhy sluchových vad a poruch.....	18
4.3 Příčiny sluchových vad a poruch.....	20
4.4 Diagnostika sluchových vad a poruch	20
4.5 Metody diagnostiky sluchových vad a poruch	21
4.6 Kompenzační pomůcky	22
5. Komunikace.....	26
5.1 Řeč a sluchová percepce.....	26
5.2 Znakový jazyk	26
5.3 Odezírání	27
5.4 Logopedická péče	27
6. Mateřská škola.....	28
6.1 Integrační vzdělávání.....	28
6.2 Diagnostika v mateřské škole	29
6.3 Metody diagnostiky v mateřské škole	29
7. Rozvoj dítěte s kochleárním implantátem v běžné mateřské škole	32
7.1 Metodologie a cíle výzkumu	32

7.2	Charakteristika výzkumného vzorku	32
7.3	Vlastní výzkumné šetření	33
7.4	Selektivní protokol polostrukturovaného rozhovoru.....	34
7.5	Závěry z šetření	45
8.	Závěr.....	48
9.	Seznam použitých informačních zdrojů	50
10.	Seznam příloh.....	52

1. Úvod

V dnešní době se stále častěji setkáváme i v běžné mateřské škole s větším počtem dětí se smyslovým postižením. Mezi ně řadíme děti, které mají postižení například zrakové či sluchové. Je nutné podotknout, že dětem s vadou sluchu je nabízen integrační přístup a dalším krokem je jejich začlenění do společnosti. Neméně důležitou součástí je také dobrá spolupráce s rodinou.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První je část teoretická, která se zaměřuje především na dítě s vadou sluchu v běžné mateřské škole. Zde je důležité vysvětlit, jak probíhá diagnostika a k čemu slouží kochleární implantát, který využívají děti s vadou sluchu. V druhé praktické části nalezneme osobní zkušenosti s rodinami, jejichž děti mají sluchové postižení a dochází do běžné mateřské školy.

Cílem této bakalářské práce je charakterizovat průběh práce s dětmi se sluchovou vadou v běžné mateřské škole, ale i v rodině. Je potřeba uvědomovat si situaci dětí s různými smyslovými vadami. V textu bakalářské práce se zaměřujeme na to, jak pedagogové v mateřské škole zvládají péči o děti s kochleárním implantátem. Toto zaměření bylo zvoleno záměrně z důvodu osobní zkušenosti autorky.

Práce je založena na metodě kvalitativního výzkumu a polostrukturovaného rozhovoru. Následně popisuje případovou studii v jednotlivých kazuistikách.

Před jejím vypracováním byla prostudována odborná literatura, dokumentace samotných dětí s vadou sluchu. Probíhala konzultace s rodiči jednotlivých dětí formou rozhovoru.

V závěru bakalářské práce se zabýváme dětmi, u kterých byla během vývoje diagnostikována těžká sluchová vada a dochází do mateřské školy běžného typu a jejichž rodiče jsou plně slyšící.

2. Dítě

Úmluva o právech dítěte 104/1991 Sb. pojednává o právech dítěte a povinnostech státu a je internacionální smlouvou přijatou v roce 1989 valným shromážděním Organizace spojených národů (OSN), která byla v České republice ratifikována v roce 1991. Je ukotvena ve Sbírce zákonů. Tato úmluva definuje dítě jako lidskou bytost, která nedosáhla věku osmnácti let, či nebyla právním řádem dané země zploletěna dříve (Doušová, Fenclová, Kohoutová, Novotná, 2016).

2.1 Psychomotorický vývoj dítěte podle období

Každé dítě prochází individuálním psychomotorickým vývojem, jehož počátky začínají okamžikem narození. Dochází k rozvoji pohybových, sociálních, smyslových, komunikačních a dalších oblastí vývoje, k jejichž vývoji dochází po celou dobu života (Bednářová, Šmardová, 2015).

Mezníkem mezi prenatálním a postnatálním obdobím je období perinatální – **porod**. Období, které se nazývá postnatální, nastává po porodu (Vágnerová, 2015). Jak udává Matějček (2017), dítě již vstupem na svět začíná být odkázáno na svou vlastní cestu životem.

Prenatální období

Tímto pojmem označujeme období, které začíná oplozením vajíčka spermií a končí narozením dítěte.

Prenatální období se dělí na tři stádia:

A. Období od oplození do uhnízdění blastocysty

Charakteristické pro toto období je separace buněk, z kterých následně vzniká embryo, které je obklopeno třemi zárodečnými listy. Trvá krátce, přibližně necelé tři týdny.

B. Embryonální období

V tomto období se utváří základy hlavních orgánů. Růst embrya nabírá na intenzitě a různé negativní vlivy mohou způsobit poškození plodu a vznik vývojových vad. Tato fáze vývoje probíhá až do konce prvního trimestru čili do dvanáctého týdne gravidity.

C. Fetální období

V posledním stádiu prenatalního období dochází k dovyvinutí všech orgánů, z nichž některé začínají plnit svou funkci. Narozením dítěte končí celé toto období.

Lidský plod

Vývoj plodu probíhá uvnitř těla matky. Plod je s organismem matky propojen pomocí placenty, která zajišťuje výživové a oběhové funkce. K vývoji plodu dochází při spojení placenty s matkou. Veškeré přeměny, které se dějí v těle matky se přenáší placentou na plod.

Na základě vývojového dozrávání funkční soustavy plodu, dochází během prenatalního období k jeho projevům na vnější podněty. Plod se velice často pohybuje, či hýbe končetinami ve chvíli, kdy zaregistruje určité podněty. Postupem vývoje dochází také k rozvoji schopnosti podněty rozlišovat a reagovat na některé přívětivě a na jiné negativně (Vágnerová, 2012).

Novorozenec období

Novorozenec rozeznává hlas své matky již v postnatálním období. U matky má dítě pocit lásky a bezpečí. Diferencuje hlas matky i otce. Když má dítě dobře vyvinutý sluch, slyší i svůj vlastní křik a pláč, který se řadí mezi ostré a náhlé zvuky. Rovněž poznává výrazné a silně hlasité zvuky, jako je zvuk mixéru, fěnu či jiných spotřebičů, jež vydávají vysoké tóny, ale i další různé neznámé zvuky, které se linou zvenčí. Dítě na tyto zvuky reaguje leknutím, kdy roztáhne své ruce či se projeví pláčem (Bednářová, Šmardová, 2015). V případě, že je v tichém prostředí, poslouchá, jestli se zvuk opakuje. Tyto děje se odehrávají do čtrnácti dnů v postnatálním období.

V **prvním** měsíci dítě obrací svůj zrak na matku, otce a další členy rodiny. Prvořadným popudem, na které dítě zaměřuje svůj zrak, bývají oči členů rodiny, se kterými přichází denně do kontaktu (Matějček, 2017).

Postupně začíná rozeznávat různé zvuky, které jsou mu známé. Příkladem mohou být chraстítka nebo zvukové hudební hračky, ale to jen v případě, pokud se tedy hovoří o dítěti se zdravým sluchem (Bednářová, Šmardová, 2015).

Přibližně ve třech měsících začíná uchopovat předměty, které jsou mu podávány. V ruce je drží, mává s nimi, snaží se je upustit, ale vždy déle trvá, než pošle impuls na otevření dlaně (Bednářová, Šmardová, 2015). Mezi **třetím a čtvrtým** měsícem se dítě otáčí za zvuky, které slyší, orientuje se a poznává známé zvuky tím, že otočí svou hlavičku na jednu nebo druhou stranu, a to dělá i v případě, kdy leží na podložce v poloze na bříšku a tzv. „pase koníky“.

Na konci **čtvrtého** měsíce už nás dítě hledá pohledem a rodiče mu ukazují různé zvukové hračky a zkouší, jak vnímá a zda je slyší. Dítě se rozvíjí současně i po stránce pohybové.

V **pěti** měsících se dítě čím dál více pohybuje a jeho aktivita se zvyšuje. Snaží se zmocnit a uchopit vše, co ho nadchne. Vše sleduje bystrým zrakem, pokud je vývoj v pořádku. Jeho sluch zachytí zvuky, které se nesou i z jiné místnosti. Otáčí hlavičku tím směrem, odkud zvuk vyšel. Pozoruje vše, co se kolem něj děje a vnímá i další souvislosti s osobami v jeho blízkosti.

V **šestém** měsíci se především učí sedět, dobře uchopuje předměty a všechno strká do úst. Na volném prostranství se plazí za předmětem, který ho zaujímá barevně i tvarově (Matějček, 2017).

Kojenecké období

Sedmý měsíc je typický pro citovou zralost, mnohem více dává najevo přednost svým blízkým osobám. Nerozlišuje emocionální vztah mezi osobami, které mu pomáhají naplňovat jeho potřeby (biologické i psychologické).

Emocionální zralostí se označuje **osmý** měsíc života dítěte, kdy negativně snáší cizí osoby v jeho blízkosti.

Devátý měsíc je mezníkem, přičemž se snaží vyjadřovat slabiky. Neustále se rozvíjí v pohybové dovednosti.

V **desátém** měsíci se dítě rozvíjí především lokomočně čili pohybově, stále více a rádo leze nebo se plazí. Dítě zkouší mnoho předmětů házet na zem, poslouchá, jaký zvuk při pádu vytvoří. Tuto činnost ustavičně zkouší, a pokud rodič přistoupí na tuto hru, opakovaně předmět hází na zem. Dítě napodobuje vše, co vidí u dospělého, když ťuká předměty o sebe, tak to zkouší napodobovat také. Rodiče dětem začínají ukazovat různé hudebně-pohybové říkanky: „Jednou, dvakrát poskočím, Pekla vdolky, Šiju boty“ a několik dalších

jednoduchých básniček. Tímto dítě rozvíjí své smysly, kterými jsou zrak, sluch i řeč. Dítě už reaguje na zavolání svého jména (Matějček, 2017).

Dalším je **jedenáctý** měsíc, kdy si dítě postupně samostatně sedá a začíná se chystat na první kroky. S blížícím se koncem kojeneckého období dítě začíná samo chodit a říkat první slova (Matějček, 2017).

Batolecí období

Kolem jednoho roku až tří let dochází u dítěte v tomto období k velkým pokrokům ve vývoji. Začínají se rozvíjet dovednosti týkající se hrubé motoriky. Využívá především lokomoční pohyb jako je především lezení či plazení, láká ho dolézt a později dojít pro předměty, které ho upoutají. Dále se zkouší stavět na vlastní nohy a dalším lokomočním pohybem je chůze. Významným rozhodujícím faktorem, který spadá do tohoto období je schopnost usměrňování svého vylučování (Vágnerová, 2014). Koordinuje svůj pohyb jak v jemné, tak v hrubé motorice. V jemné motorice začíná v době kolem druhého roku zastrkávat kostky do otvorů, ale napřed si vybírá válečky, nebo jednoduché tvary. Pokouší se samo nakrmit, ale jak kdy se mu podaří jídlo vložit do úst. Napodobuje kresbu jako je čáranice. Pomáhá při sebeobslužných činnostech, dává ruce do rukávu, nohy do nohavic (Bednářová, Šmardová, 2015).

V batolecím věku má rádo říkanky, vyhledává zvukové a pohyblivé hračky, prohlíží si knížky přiměřené jeho věku apod. Společně s pohybem se rozvíjí i řeč, kdy začíná používat jednoduché slabiky, jako jsou má-ma, tá-ta, bá-ba atd. Rádo přijímá nabídky rodičů ke hře, i činnosti, pokud ho zaujmou (Bednářová, Šmardová, 2015). Vše hodně pozoruje a sleduje veškeré dění kolem sebe, co ho zaujme, chce detailně prozkoumat. Napodobuje chování dospělých nebo jiných osob (Vágnerová, 2014). Na osoby, které zná se tváří příznivě s úsměvem a na cizí osoby může reagovat negativně utíkáním, schováváním, studem (Vágnerová, 2014).

Předškolní období

Předškolní období nastává hlavně při nástupu do prvního školního zařízení, do kterého dítě nastoupí jako je mateřská škola a končí docházkou do základní školy (Vágnerová, 2014).

Mezi **třetím** a **čtvrtým** rokem se dítě zajímá o pohyblivé hračky, rádo staví z různých materiálů (dřevěné kostky či písek apod.), zajímají jej výtvarné činnosti a námětové hry.

Mezi **čtvrtým** a **pátým** rokem dítě vyžaduje vyšší tělesnou aktivitu a dochází ke zdokonalování jemné motoriky. Čím dál více se zaměřuje na hru se svými vrstevníky.

Mezi **pátým** a **šestým** rokem zvládá již krátkou gymnastickou sestavu či rovnovážná cvičení. Vyhledává vzdělávací hry s cílem dodržování předem daných pravidel (Bednářová, Šmardová, 2015).

2.2 Dítě se sluchovou vadou a jeho potřeby

Stejně jako každé dítě, tak i dítě se sluchovou vadou má potřebu uspokojení svých základních potřeb. Ovšem z přítomnosti sluchové vady vznikají i potřeby specifické.

Nejdůležitější skupinou potřeb, které je potřebné naplňovat, jsou potřeby biologické. Tyto potřeby má dítě již od postnatálního období, tedy už od chvíle narození. Mezi ně řadíme potřebu po potravě a tekutinách, vyměšování, dostatku spánku, pravidelném biorytmu, teple, světlu apod. U dětí s kompenzačními pomůckami se pro pohodlný spánek sluchadlo či kochleární implantát odkládá. K snímání pomůcek také dochází při oblékání a svlékání. Při relaxaci a odpočinku je možnost také pomůcky vypnout a odložit. Důležitá také bývá poloha v prostředí, kdy dítě se sluchovou vadou by mělo mít přehled o dění kolem sebe. Proto se doporučuje umístit dítě na takové místo, kde se bude vyskytovat co možná nejmeně prostoru za ním, kam nevidí. Nejčastěji se takovéto místo nachází v rozích místností. Pokud dojde k naplnění těchto potřeb, získávají vyšší prioritu potřeby psychické.

Sociální a psychické potřeby jsou ty, které zajišťují dítěti pocit pohody, štěstí, lásky, zábavy ze hry apod. Tyto pocity se snaží nacházet u svých vrstevníků, kteří ovšem bývají povětšinou slyšící a musí nalézt způsob, jak s nimi komunikovat a kooperovat. Pedagog či asistent se snaží dopomoci dítěti s vadou sluchu se socializací a snaží se vytvářet vhodné podmínky pro jeho seberealizaci. Dítě se sluchovou vadou by se zároveň nemělo cítit jako ostrčené, či

odlišné od slyšících jedinců, a i tak by s ním mělo být jednáno. Naplněním těchto potřeb se do popředí začínají dostávat duchovní potřeby.

V případě, že nedochází k naplnění z některých z výše uvedených základních lidských potřeb, vzniká frustrace (pocit zklamání) či deprivace (pocit strádání). Jestliže je sluchová vada u dítěte korektně vynahrazována, nebo se jedná jen o méně závažnou sluchovou vadu, bývají jeho potřeby téměř identické jako u slyšících jedinců (Mukšnáblova, 2014).

3. Rodina

Rodina již v prenatálním období přemýšlí a vytváří si představy o tom, jak budou dítě vychovávat a jak jej připraví do života (Hudáková, 2005). Během života rodiny se mohou v průběhu objevit nelehké náročné životní situace, které mohou myšlení i fungování rodiny zásadním způsobem zcela ovlivnit. Za jednu náročnou životní situaci považujeme i fakt, že se narodí dítě s vadou či poruchou sluchu. Rodiče jsou pro dítě velkým vzorem a je užitečné se mu dostatečně věnovat a tím rozvíjet jeho sluchové dovednosti i řečové schopnosti, jelikož v době mateřské dovolené je s ním jeden rodič (matka, otec) nejvíce v kontaktu. Nesmíme také opomíjet i další členy rodiny, kteří se na vlivu podílejí. V rodině se setkáváme každodenně s několika různými situacemi, kdy používáme stejná slova a věty a tím učíme dítě rozvoji porozumění. Každá rodina má své denní činnosti, který mohou být například snídaneč, čištění zubů, oblékání, uspávání i čtení pohádky (Holmanová, 2016).

Rodiče dítěte se sluchovou vadou působí na jeho sebedůvěru. Je dobré k němu přistupovat jako ke zdravému jedinci, podporovat jej a utvářet pro něj pocit jistoty a bezpečí. Při zajištění těchto potřeb dokáže dítě se sluchovou vadou překonávat různé překážky a životní situace, se kterými se může setkat v běžném životě (Šedivá, 2006).

3.1 Raná péče

Jedná se o sociální odbornou službu, která poskytuje rodině i dítěti podporu ihned po zjištění diagnózy.

Příkladem je středisko rané péče TAMTAM (centrum pro dětský sluch). V tomto případě je dobré, když se rodiče obrací na tuto službu, která se u nás v České republice vyskytuje. Jedno pracoviště se nachází v Praze a druhé v Olomouci. Nabízí odborné služby a pracovníce z těchto center dojíždí přímo do rodin, kde věnují dostatek času rodinám s dětmi. Poskytují cenné informace, jak dítě vzdělávat, připravit ho a rozvíjet. Setkání se může odehrávat v jejich domácím prostředí, kde se dítě cítí nejlépe. Tyto služby využívají rodiče s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením (kdy jedno z postižení je postižením sluchu) od novorozence do 6 (7) let, ale někdy až ve dvou letech po určení diagnózy. Nástupem na základní školu dítě navazuje na další poradenská zařízení jako jsou Speciální pedagogická

centra (SPC) nebo Pedagogicko-psychologické poradny (PPP). Je tu možnost do těchto zařízení docházet i dříve, než započne docházka do základní školy (Motejzíkova, Barvínková, 2009).

Rodiče mohou s dítětem do tohoto centra docházet, kde se jejich dítě může setkávat i se svými vrstevníky. V těchto centrech se zde nachází velká škála edukačních pomůcek, které jsou poskytovány i zapůjčeny rodičům domů (Šedivá, 2006).

Do Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. spadají poradenské služby středisek rané péče, které jsou posuzovány jako služby sociální prevence (Doušová, Fenclová, Kohoutová, Novotná, 2016).

4. Sluch

Jedním z nejdůležitějších smyslů je sluch. Pokud dokážeme sluchem vnímat okolí, dokážeme zachytávat i zvuky, které se dějí kolem nás. Jestliže máme zdravý sluch, zpracováváme informace, které získáváme komunikací s jinou osobou a tím dokážeme odpovídat na otázky, které jsou nám kladeny. Sluch slouží při řeči především ke sdělování a posílení sociálních dovedností. Když ucho zachytí zvuk, předá informaci do mozku a tím se dokážeme zorientovat v prostoru a určit směr, odkud tón vyšel. Reakce mohou být různé, ať už je to například leknutí, či jiný projev. Lidé se zdravým sluchem, kteří nemají žádnou vadu si často neuvědomují, jak je sluch pro jejich život důležitý. Ovšem neslyšící lidé se potřebují dostatečně koncentrovat na vjemy, které jsou schopni zachytit. Z vjemů vychází naše emoce, které se snažíme reprodukovat (Horáková, 2012).

4.1 Stavba sluchového aparátu a jeho funkce

Ucho je důležitým smyslovým orgánem a skládá se ze tří částí. Rozděluje se na **zevní, střední a vnitřní** (Horáková, 2012).

Zevní ucho

Zevní ucho je sestaveno jednak z ušního boltce a z další části, která se nazývá zevní zvukovod a je ukončen bubínkem. Celé toto ústrojí je určeno k přenosu zvukových vln (Horáková, 2012).

Boltec

Ušní boltec přiléhá k lebce. Pod kůží se ukrývá chrupavčitá pojivová tkáň. Především zachycuje zvukové vlny, které soustřeďuje do zevního zvukovodu (Mukšnáblová, 2014).

Zevní zvukovod

Zevní zvukovod je složen z jedné třetiny kostí a ze dvou třetin chrupavkou. Jeho funkce jsou nejen sluchové, ale také ochranné a napomáhají před vniknutím nečistot k bubínku (Mukšnáblová, 2014).

Střední ucho

Střední ucho se nachází mezi bubínkem a sluchovými kůstkami. Často opakované záněty středního ucha mohou vést ke zhoršení či ztrátě sluchu (Horáková, 2012).

Bubínek

Bubínek je takzvanou blankou, která se nachází ve středním uchu. Je natahován pomocí svalu, který se jmenuje napínač bubínku. Jejím úkolem je transformace akustické energie na energii mechanicko-kinetickou (Mukšnáblová, 2014).

Sluchové kůstky

Sluchové kůstky se dělí na kladívko, kovadlinku a třmínek. Jejich funkcí je přenos chvění bubínku do vnitřního ucha a tekutiny, jejíž název je **endolymfa**. Tyto kůstky jsou propojeny v kloubech a jsou obklopeny středoušním svalem a vazy (Mukšnáblová, 2014).

Středoušní dutina

Za bubínkem nalezneme středoušní dutinu. Propojena je s vnitřním uchem pomocí oválného okénka, v němž nalezneme ploténku třmínku společně s kulatým okénkem vyplněné membránou (blankou). Ústí zde také Eustachova trubice vedená z nosohltanu, jejíž úlohou je vyrovnání rozdílu mezi tlakem uvnitř dutiny a tlakem atmosférickým. Tento proces můžeme uspíšit polknutím, čímž dojde k otevření Eustachovy trubice (Mukšnáblová, 2014).

Vnitřní ucho

Vnitřní ucho je sestaveno ze dvou částí. Jednak z části vestibulární a dále z části sluchové. Sluchová část se sestává z hlemýžďe. V hlemýždi je vlnění transformováno na nervové vzruchy. Část vestibulární se skládá ze tří polokruhovitých kanálků a dvou váček, které reagují na změny polohy. Vnitřní ucho je také dále děleno na dva labyrinty (kostěný a blanitý) (Horáková, 2012).

Kostěný labyrint

Do kostěného labyrintu kosti spánkové je zasazeno vnitřní ucho. Labyrint je dělen na tři části – **přední, střední, zadní**.

V předním úseku nalezneme kostěného hlemýžďe, jímž prostupují sluchové nervy. Uprostřed je centrální dutina (vestibulum). Uvnitř vestibulu jsou blanité váčky a procházejí dovnitř vlákna vestibulárního nervu. V zadním úseku jsou kanálky v polokruhovitém tvaru (Mukšnáblová, 2014).

Blanitý labyrint

Je tvořen z blanitého hlemýždě, polokruhovitých kanálků a dvou váčků. Nachází se v kostěném labyrintu a prostor mezi nimi je vyplněn tekutinou nazývanou **perilymfa**. Samotný blanitý labyrint je poté vyplněn tekutinou nazývanou **endolymfa** (Mukšnáblova, 2014).

Sluchové dráhy

Jsou vedeny z oblasti vnitřního ucha do takzvaných Heschlových závitů, což jsou korové oblasti spánkových laloků, které se označují za centrum sluchu. Na své cestě se v oblasti mozkového kmene protínají s podkorovou oblastí, které předají většinu podnětů přenášených do centra sluchu, díky čemuž dokáže člověk rozeznat směrově prostorové slyšení (Mukšnáblova, 2014).

4.2 Dělení na druhy sluchových vad a poruch

Sluchovou vadu specifikujeme jako vadu trvalou. Rozdílem je sluchová porucha, která je dočasná. Záleží na závažnosti příčiny. Dočasné poruchy lze zmírnit či dokonce úplně eliminovat jejich prvotní příčiny, kdy může být dítě vyléčeno a zbaveno těchto obtíží. V případě že se směřuje k trvalé vadě sluchu, už mluvíme o sluchovém postižení. Sluchové postižení tudíž nedokážeme ovlivňovat, ale snažíme se je korigovat kompenzačními pomůckami (Mukšnáblova, 2014).

Rozlišujeme několik druhů, stupňů a typů sluchového postižení. Jednou z klasifikací je podle období vzniku na **vrozené** (prenatální) a **získané** (perinatální, postnatální) (Horáková, 2012).

Další dělení postižení sluchu je na druhy **centrální** a **periferní**.

Centrální postižení sluchu

Tento druh postižení má původ v sluchových oblastech mozku. Potíž je v tom, že mozek nezpracovává zvukové podněty, které jsou z ucha korektně přenášeny. Z tohoto důvodu člověk s tímto druhem postižení zvuk zaregistruje, ale nedokáže určit jeho význam.

Periferní postižení sluchu

Tento druh postižení má původ přímo v uchu. Rozlišujeme dva druhy periferního postižení sluchu, jedním je **nedoslýchavost**, což je pouze omezená způsobilost zpracování zvukových podnětů. Osoby s tímto postižením mají alespoň částečný sluch. **Hluchota**, která představuje celkovou nezpůsobilost zpracování zvukových podnětů je druhým druhem (Mukšnáblová, 2014).

Následující rozdělení se určuje podle lokalizace na dva typy sluchových vad:

Konduktivní (převodní)

Tato vada je zapříčiněna omezenou schopností přenosu zvukových podnětů mezi zvukovodem a oválným okénkem. Její příčinou může být poškození bubínku, které bývá způsobeno záněty ucha, dále přítomností tekutiny ve středouší, nebo nesprávně vyvinutými středoušními kůstkami či vnějším zvukovodem. Osoba trpící touto vadou však netrpí kompletní ztrátou sluchu díky schopnosti lebky, která může být zvukovými vlnami rozechvěna a toto chvění přenést do tekutiny v hlemýždi. Tento jev se nazývá kostní vedení. U převodní vady je velice častým jevem zlepšování sluchu s přibývajícím věkem. Zlepšení může dosáhnout až úrovně běžného sluchu (Jungwirthová, 2015).

Senzorineurální (Percepční)

Senzorineurální vada je zapříčiněna oslabenou činností vláskových buněk, které se nalézají v hlemýždi. V porovnání s konduktivní vadou má senzorineurální vada široký rozptyl závažnosti, jelikož osoba s touto vadou může trpět pouze lehkou, ale i úplnou ztrátou sluchu. U senzorineurální vady není možný jev zlepšení sluchu a z tohoto důvodu je substituován za pomoci kompenzačních pomůcek, jako jsou sluchadla či kochleární implantáty. Pro nenarušení zvukové lokalizace se doporučuje vybavit dítě, které je nedoslýchavé sluchadly na obě uši. U velmi závažných forem se využívá jednoho kochleárního implantátu či jeho kombinace se sluchadlem (Jungwirthová, 2015).

4.3 Příčiny sluchových vad a poruch

Příčiny vad a poruch sluchu jsou děleny na dědičné, anebo vnější.

Dědičné sluchové vady jsou zapříčiněny genetickým kódem rodičů. Tato vada ovšem není otázkou jen rodin, kde se již někdy sluchová vada projevila. Existuje mnoho situací, kdy se v rodině sluchová vada neobjevila, a přesto má dítě genetickou sluchovou vadu. Děti s těmito vadami bývají velice často zručné a bez dalších zdravotních komplikací.

Vnější sluchové vady a poruchy mohou být zapříčiněny mnoha faktory. Může se jednat například o infekci v období gravidity nebo kolem perinatálního období. Další možnou příčinou může být předčasné narození s nízkou porodní váhou apod.

Vyskytují se i případy, kdy nelze diagnostikovat příčinu dědičnou ani vnější, a i přes to se u dítěte vyskytne sluchová vada. Ve většině těchto případů zůstane příčina neodhalena, ovšem lze se domnívat, že půjde o ojedinělý druh genetické poruchy, který běžná vyšetření neidentifikují (Mukšnáblová, 2014).

4.4 Diagnostika sluchových vad a poruch

Sluchovou vadu je důležité diagnostikovat v nejútlejším věku – nejlépe již u novorozence. V některých porodnicích v České republice se novorozencům provádí po porodu do 24-48 hodin odborné audiologické vyšetření otoakustickými emisemi (OAE). V ideálním případě je nutné v kojeneckém věku diagnostikovat velikost a definovat typ sluchové ztráty. Rodiče nejčastěji identifikují sluchovou vadu u svého dítěte mezi druhým až šestým měsícem (Holmanová, 2016).

Při podezření rodiči nemá smysl na nic čekat a neprodleně navštívit pediatra a poradit se s ním na dalším postupu (Bednářová, Šmardová, 2015). Pediatr pošle rodiče s dítětem na podrobnější odborná vyšetření. Pokud se diagnóza potvrdí, je potřeba určit, jak velká je ztráta sluchu a vyhodnotit jaké kompenzační pomůcky (sluchadla, kochleární implantát) budou dítěti doporučeny. Pokud dítě obdrží sluchadla, je potřeba dbát na správné seřízení. Volbu sluchadel volí foniatr. Ovšem je-li diagnostikován těžký stupeň ztráty sluchu, může se v tomto případě už i do půl roku implantovat kochleární implantát. Tato lhůta je však závislá na mnoha faktorech. Dále je potřeba zařadit děti s vadou sluchu do programu rehabilitaci s logopedem (Holmanová, 2016). Zapojujeme i komunikační metodu, kterou je

znakový jazyk. Tato metoda se využívá převážně jen v prvních letech života a jen do takové chvíle, než dítě dosáhne dostatečné úrovně porozumění mluvené řeči a započne ji samostatně aktivně využívat. Nalezneme ovšem i případy, kdy dítě zůstane odkázáno na znakový jazyk. Jedná se o případy, kdy je vada sluchu vážná, či je dítě z neslyšící rodiny (Jungwirthová, 2015). Důležité je začít tuto situaci řešit včas i v případě, že by se jednalo jen pouhé podezření. Odhalení vady sluchu má velký význam především proto, aby se co nejdříve zmírnil její průběh, který by mohl bez řešení mít pro neslyšící dítě traumatizující následky na vývoj jeho osobnosti.

Jestliže se z nějakého důvodu vyšetření oddaluje, je potřeba, aby se rodiče obrátili na nejbližší oddělení odborného pracoviště foniatrie nebo otorhinolaryngologie (ORL), které na jejich vyžádání provede vyšetření. Lékař provede vyšetření, aby dokázal identifikovat, o jaký rozsah a typ sluchové vady jde (Holmanová, 2016). V České republice nalezneme několik Center kochleárních implantací, které se nachází v Praze, Brně, Ostravě a Hradci Králové, kde je také možné vyšetření po požádání uskutečnit (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2017).

4.5 Metody diagnostiky sluchových vad a poruch

Nejběžnější testovací metodou, se kterou se lze setkat v České republice je takzvaná orientační zkouška zvuku, která je běžně prováděna dítěti pediatrem v rámci pravidelných prohlídek ve 4., 8., 12. a 18. měsíci a následně poté periodicky každé dva roky. Úskalím této zkoušky ovšem bývá, že i dítě se sluchovou vadou je schopné tuto testovací metodu bez obtíží zvládnout. Tento jev je zapříčiněn tím, že se se sluchovou vadou potýká již od narození a naučilo se tuto vadu vyvážit pomocí jiných smyslů. Také nedoslýchavost je obtížné touto testovací metodou odhalit, jelikož nedoslýchavé dítě je schopné identifikovat obvyklé zvuky a korektně na ně zareagovat, jen je slyší tišeji než slyšící jedinec.

Mezi diagnostické metody patří vyšetření sluchu OAE (otoakustické emise), což je nejběžněji používaná orientační metoda screeningu sluchu objektivního charakteru. Dalšími metodami jsou SSEP (Steady State Evoked Potentials) a BERA (Brainstem Evoked Response Audiometry), při kterých jsou zaznamenávány reakce mozku na zvukové podněty ve spánku.

Vyšetření otoakustických emisí (OAE) je realizováno pomocí sondy, která se zavede do zvukovodu. Tato sonda je zavedena nejlépe spícímu dítěti do vnitřního ucha, kde zaznamenává zvukové podněty a reakci na ně. Pokud jsou naměřené hodnoty nevýbavné, což může být zapříčiněno zbytky plodové vody v případě novorozence, či zvukovou emisí v pozadí, provádí se vyšetření opakovaně.

Další možností vyšetření v případě nevýbavných naměřených hodnot je vyšetření takzvanými objektivními audiometrickými metodami (SSEP, BERA), které dokáží mnohem přesněji určit závažnost sluchové vady. Vyšetření se provádí tak, že jsou dítěti během spánku umístěna na uši sluchátka, která vydávají zvukové impulzy a na hlavu jsou připevněny elektrody, které detekují reakci nervové soustavy na tyto impulzy. Vyšetření se provádí pro každé ucho odděleně a na frekvence, které odpovídají mluvené řeči (Jungwirthová, 2015).

Pokud se vyšetření nepodaří, z důvodu, že dítě nespí, nebo je neklidné, je potřeba provést toto vyšetření v léky navozeném spánku či v celkové anestezii přímo v nemocnici, kde dítě pobývá povětšinou pouze jeden den (FN Motol, 2020).

Poslední metodou, kterou se budeme zabývat je metoda takzvané subjektivní audiometrie, která je využívána k vyšetření sluchu u starších dětí. Test sluchu je prováděn ve vyšetřovací místnosti, do které je umístěno dítě s podezřením na sluchovou vadu. Dítěti jsou na uši umístěna sluchátka, do nichž lékař či audiologická sestra přivádí zvuky různých frekvencí a zesiluje úroveň jejich hlasitosti. Úkolem dítěte je poté zareagovat v momentě, kdy tón zaregistruje. Výsledek tohoto testování je relativně přesný.

I přes širokou škálu diagnostických metod a jejich dostupnost se stále setkáváme s dětmi, u nichž nebylo screeningové vyšetření realizováno či bylo lékařem chybně vyhodnoceno. Nejčastěji se jedná o děti se střední až těžkou nedoslýchavostí, které jsou schopny zachytit a zareagovat na zvukový podnět i bez sluchadel, avšak někdy se stává, že dítě se jeví nepřiměřeně a z toho důvodu nenastane žádná reakce (Jungwirthová, 2015).

4.6 Kompenzační pomůcky

Pomůcky, které napomáhají jedinci nahradit činnost nefunkčního smyslu, označujeme jako kompenzační pomůcky. Stejně jako v dalších oblastech našeho života i zde se projevuje

neustálý technický vývoj, díky kterému dochází ke zkvalitňování a vylepšování kompenzačních pomůcek (Šedivá, 2006).

Sluchadla

Sluchadla jsou využívána u jedinců trpících nedoslýchavostí, ale také u jedinců se zbytkem vlastního sluchu (Jungwirthová, 2015).

Jedná se o pomůcky, které jsou technicky založené na bázi modulace a zesilování zvuků, které jsou jeho pomocí vedeny do ucha. Modulace je závislá na druhu sluchové vady. Sluchadlo napomáhá obzvláště lépe porozumět slyšenému. To zejména výrazně ovlivňuje cizorodé faktory a správné vyladění sluchadla (**fitting**) (Muknšnáblova, 2014).

Druhy sluchadel

Kapesní sluchadlo již není tolik využíváné, je určené pro výjimečné pacienty, kteří mají deformitu ušního boltce. U dětí bývá uloženo v pouzdře pověšeném na krku. Od přístroje jsou vedeny drobné drátky ke tvarovce umístěné v uchu. Negativními vlastnostmi u tohoto druhu sluchadla mohou být jednak jeho rozměry, poruchovost ve smyslu porušení drátků.

Závěsná sluchadla jsou dnes nejpoužívanějším druhem sluchadla. Zavěšují se za ušní boltce a zavádí se do zvukovodu pomocí hadičky s tvarovkou.

Nitroušní individuální sluchadla jsou vyráběné na míru, a proto tento druh sluchadel není určen pro děti z důvodu nedokončeného vývoje ušního boltce. Tudiž se tímto druhem sluchadla nebudeme dále zabývat.

Brýlová sluchadla se umísťují na nožičky brýlí a používají se u pacientů s kombinací sluchové a zrakové vady, ale také při nutnosti kostního vedení.

BAHA systém funguje na principu vedení zvuku pomocí implantovaného čipu přes kosti až k vnitřnímu uchu. U tohoto druhu sluchadla nedochází k zanesení středouší.

Sluchadla se dělí na analogová a digitální. Analogová jsou vybavena zesilovačem a jsou již ověřenou metodou z důvodu jejich dlouhodobého používání. Jejich slabinou je drobný šum, který při zesilování generují. Oproti tomu digitální sluchadla mají oproti analogovým mikročip, který šum negeneruje, ovšem k jejich nastavení slouží speciální zařízení (Muknšnáblova, 2014).

Kochleární implantát

Jedním ze spolehlivých ale i zároveň rizikových způsobů rehabilitace je kochleární implantace. Určené jsou pro pacienty s těžkým postižením sluchu. Tyto náhrady pomáhají především ke sluchové percepci. Pokud není možné očekávat rozvoj řeči se sluchadlem, je vhodné implantovat právě tuto náhradu. Jestliže k odhalení sluchové vady dochází časně, je naděje na vývoj sluchového centra vysoká. Dítě, kterému byla provedena implantace, by mělo podstupovat pravidelné kontroly na odděleních jako jsou audiologie a foniatrie (Holmanová, 2016).

Popis kochleárního implantátu

Kochleární implantát je elektronické pomocné zařízení, které je potřebné pro rehabilitaci a nahrazuje funkci poškozených vláskových buněk, které se nachází ve vnitřním uchu (Holmanová, 2016). Je založena na principu stimulace vlákna sluchového nervu pomocí elektrických impulzů, které nahrazují sluchové vjemy (Hudáková, 2005).

„V České republice se používá Kochleární implantační systém Nucleus australské firmy Cochlear, systém SYN-CHRONY rakouské firmy MED-EL a systém HiResolution Bionic Ear americké firmy Advanced Bionics (AB).“ (Holmanová, 2016, s. 58)

Kochleární implantát je tvořen z vnější a vnitřní části. Vnější část se skládá ze zvukového procesoru, který si člověk se sluchovým postižením upevňuje za ušní boltec. Ze zvukového procesoru je vyvedena vysílací cívka, která se magneticky přikládá k vnitřní části implantátu. Vnitřní část se dělí na přijímač-stimulátor a na jemné svazky elektrod. Hlavním rozdílem mezi vnitřní a vnější částí je možnost sejmutí vnější části z oblasti na hlavě (Holmanová, 2016).

Funkce kochleárního implantátu

Mikrofony, které se nachází na těle zvukového procesoru, zachytí zvuk. Procesor zvuk vyfiltruje, následně zpracuje a poté převede do zakódovaných digitálních signálů. Tyto signály jsou následně vyslány vysílací cívkou do implantovaného přijímače-stimulátoru pomocí elektromagnetických vln. Přijímač-stimulátor po přijetí signálu vyše impulzy pomocí svazku elektrod, jehož zakončení stimuluje různá místa sluchového nervu.

Stimulovaná místa sluchového nervu posílají informace pomocí sluchových drah do mozku a ten je detekuje jako zvuk (Holmanová, 2016).

Historie kochleárních implantátů

V České republice se zákroky implantace kochleárního implantátu provádějí již od roku 1993. První operace proběhla ve fakultní nemocnici Motol, která se nachází v Praze (Horáková, 2012). Zpočátku se dětem dostávaly implantáty, které byly staršího typu. Ovšem postupem vývoje a zdokonalováním procesu implantace dochází ke snižování věkové hranice pro operaci tohoto zařízení. Zatímco dříve docházelo k implantaci až od 2. roku, dnes je možné implantaci učinit už i v 17. měsíci, pokud je diagnostikována vada sluchu. Oba implantáty zlepšují orientaci a lokalizaci zdroje zvuku v prostoru. Voperování obou implantátů je možné provést buď během jedné, či případně dvou operací. V případě dvou postupných operací je zde pochopitelně určité riziko, kdy je dítě vystaveno dvojnásobnému zákroku a hrozí tak možné komplikace s negativním výsledkem (Mukšnáblová, 2014).

5. Komunikace

Nejdůležitějším aspektem správné komunikace mezi rodičem a dítětem se sluchovým postižením je volba vhodné komunikační metody, bez které je ohrožena řádná ontogeneze dítěte. Neschopnost rodičů vyrovnání se s vadou sluchu svého dítěte či nedostatečná informovanost o speciálních potřebách může mít vážné konsekvence pro pozdější proces socializace (Doušová, Kratochvílová, Motejzíkova, 2014).

5.1 Řeč a sluchová percepce

Řeč je dorozumívacím prostředkem, který je propojen s rehabilitačními metodami, jako jsou odezírání, logopedická péče, ale i sluchová percepce (Šedivá, 2006). Podle Matějčka (2017) hraje velkou podstatnou roli řeč mateřského jazyka, se kterou se seznamuje nejen od svých rodičů, ale i od dalších osob se kterými se setkává a je s nimi v kontaktu. Jedním z nejpodstatnějších milníků ontogeneze je vývoj komunikačních dovedností a řečových schopností. Období do šestého až sedmého roku života dítěte je pro rozvoj řeči klíčové, ovšem nejrychleji se vyvíjí ve třech až čtyřech letech (Bednářová, Šmardová, 2015).

Sluchová percepce se zásadním způsobem propojuje s vývojem řeči. Jedná se o odezvu na zvukový podnět, který je vnímán jedincem. Dítě lokalizuje různé podněty zvuků, které se dějí v běžném životě a podněcují tím rozvoj sluchového vnímání a orientaci v prostoru (Bednářová, Šmardová, 2014).

5.2 Znakový jazyk

Znakový jazyk je důležitou formou komunikace. Je dobré, aby se se znakováním seznámily všichni členové rodiny a aplikovali ji k dorozumívání se s dítětem (Holmanová, 2016). Tato metoda je převážně využívána v období před implementací vybrané kompenzační pomůcky. Existují i typy rodin, které odmítají implementaci jakékoliv kompenzační pomůcky a své děti nechávají plně odkázány na znakový jazyk (Jungwirthová, 2015). Další skupinou, která je odkázána na formu komunikace pomocí znakového jazyka, jsou jedinci s malformací ucha, u kterých není možné provést implementaci kompenzační pomůcky.

V roce 1998 byl schválen Zákon o znakové řeči č.155/1998 Sb., který byl o deset let později v roce 2008 novelizován ve znění Zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 384/2008 Sb. (Doušová, Fenclová, Kohoutová, Novotná, 2016).

Dalšími vzdělávacími metodami jsou: bilingvální metoda, orálně auditivní metoda a také metoda totální komunikace (Holmanová, 2015).

5.3 Odezírání

Odezírání je nejspíše nejběžnější forma komunikace mezi slyšícími a neslyšícími jedinci. Je ovšem nutné podotknout, že odezírání je mnohem složitější než poslouchání. Jedinec k němu potřebuje mít určité vrozené vlohy, jelikož se jej nelze naučit, ale pouze zdokonalovat cvičením. Na odezírání se bohužel nelze stoprocentně spolehnout (Hudáková, 2005). Tuto schopnost používají i jedinci bez sluchové vady, aniž si tuto skutečnost uvědomují. Jedná se o částečně vrozenou schopnost, kterou ne všichni jedinci disponují. Stejně jako hudební sluch lze tuto schopnost správnou stimulací rozvíjet, ovšem setkáváme se i se skupinou jedinců, kteří touto schopností nedisponují, a i při sebevětší stimulaci k rozvoji této schopnosti nedochází (Jungwirthová, 2015). Holmanová (2016) ve svém dílu popisuje, jak významnou roli má odezírání a jak často je aplikováno za běžných situací ve svém známém teritoriu. Dítě se sluchovou vadou se seznamuje s jednoduchými frázemi a slovy verbální i neverbální (gestikulace, mimika apod.) komunikace.

5.4 Logopedická péče

Logopedická péče je důležitou podporou pro rozvoj řeči. Děti se sluchovou vadou mohou docházet za klinickým logopedem a tím rehabilitovat a procvičovat motoriku mluvidel. Logoped ke své práci aplikuje pro své pacienty několik různých pomůcek, mezi které řadíme například logopedická zrcátka, bzučák, vibrátor, artikulační obrazy hlásek, jak uvádí Munkšnáblova (2014). Před implantací kochleárního implantátu by dítě mělo dokázat projevit aktivitu na určité zvukové podněty s různou intenzitou. Projev aktivity by měl být nacvičený, ať už s kontrolou zraku nebo hmatu. U dětí mladších jednoho roku je reakce příliš složitá, a tudíž jsme rádi za jakýkoliv projevovaný signál nebo reakci (Holmanová, 2016).

6. Mateřská škola

Mateřská škola je předškolní zařízení, které je definováno zákonem č. 561/2004 Sb. – Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve sbírce zákonů (tzv. Školský zákon) (Doušová, Fenclová, Kohoutová, Novotná, 2016).

Vzdělávání žáků nadaných a se speciálními potřebami je poté upraveno vyhláškou č. 27/2016–O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, která se váže k zákonu č. 561/2004 Sb.

V prvé řadě záleží na rozhodnutí rodičů, zda své dítě integrují do běžné mateřské školy, nebo naopak jej přihlásí do speciální mateřské školy pro děti se sluchovým postižením. Je potřeba zhodnotit možnosti dané rodiny a závažnost diagnózy dítěte. Nejčastěji se setkáváme se situací, kdy rodiče umístí své dítě raději do běžné mateřské školy v místě svého bydliště, ačkoli v ní nenalezneme speciální pedagogy (surdopedy), kteří by byli vyškoleni pro práci s dětmi se sluchovým postižením. V tomto případě se ovšem doporučuje, aby dítě navštěvovalo SPC (speciálně pedagogické centrum) či foniatrické oddělení. Stejně jako dítě slyšící, tak i dítě se sluchovým postižením vyžaduje, aby bylo socializováno. Pokud není dítě dostatečně socializováno, může být deprimováno a frustrováno, což může zapříčinit delší dobu jeho adaptace. U dětí ve věku tří až čtyř let je podstatné, aby poznaly jiné místo, než je jejich domov a seznámily se s pravidly. Pro děti v předškolním věku (pět až šest let) je již na pováženou, zdali je běžná mateřská škola schopna poskytnout plnou integraci dítěti se sluchovým postižením, či naopak zvolit speciální mateřskou školu, která klade důraz na oblasti, které by mohly způsobovat potíže v pozdějším vzdělávání (Šedivá, 2006).

6.1 Integrační vzdělávání

V případě že má dítě smyslovou vadu, nebo má tělesné postižení, můžeme předpokládat, že by mělo být schopné se vzdělávat v běžné mateřské škole i bez jakýchkoliv výrazných úlev. Jedinou nutnou změnou je pouze úprava nároků a přizpůsobení stylu výuky. I v mateřské škole potřebuje dítě se sluchovou vadou jasné vysvětlení a zadání prováděné činnosti. Pedagog či přidělený asistent pedagoga se musí dítěte dotázat a ujistit se, že plně porozumělo, co je od něj vyžadováno a případně mu jej opětovně osvětlit. U dítěte se sluchovou vadou se v mateřské škole nehodnotí oblasti, které se týkají výslovnosti a artikulační obratnosti (Jungwirthová, 2015).

Integrace dítěte se sluchovou vadou

Prvotní reakce slyšících rodičů při zjištění sluchové vady svého dítěte na základě výsledku z vyšetření sluchu bývá pocit udivení a nepřipouštění si této skutečnosti. Následuje stav, kdy se rodina snaží udělat vše pro to, aby dítěti zajistili co nejlepší možnou kompenzaci a pomohli mu v jeho rozvoji a možnosti co nejvíce se přiblížit ke slyšícím jedincům. Prvotním cílem rodičů je zaměření se na možnost, aby jejich dítě bylo schopné navštěvovat běžnou mateřskou školu v blízkosti jejich bydliště a jeho integrace mezi slyšící jedince bez jakéhokoli vyčleňování (Jungwirthová, 2015).

Inkluze dítěte se sluchovou vadou

Inkluzivní přístup je na rozdíl od integračního založen na začlenění jedince se sluchovou vadou do běžné (slyšící) společnosti s minimální či žádnou kompenzací. Cílem je dosáhnout vzdělání u jedince se sluchovou vadou stejnou cestou, jaká se využívá u jedinců plně slyšících s využitím speciálních metod a pomůcek jen v nezbytných případech. Tento přístup zároveň napomáhá k eliminaci předsudků k neslyšícím mezi slyšícími osobami (Slowík, 2016).

6.2 Diagnostika v mateřské škole

Každá učitelka mateřské školy by měla hodnotit vývoj vzdělávání dítěte. Učitelka tráví s dětmi celotýdenní program a průběžně vyhodnocuje výsledky. Tudíž předává informace o stavu celkového vývoje dítěte rodičům. Každý pedagog (učitel/ka), nebo mateřská škola používá svou osvědčenou metodu zápisu k určování diagnostiky. I v některých českých mateřských školách se setkáváme s portfoliem dítěte. Tyto portfolia využívají pedagogové jako pomůcku pro úvahy nad edukací. V českých mateřských školách slouží spíše ke klasifikaci dětí. Portfolio napomáhá pedagogům při diagnostice individuálního rozvoje dítěte (Syslová, Kratochvílová, Fikarová, 2018).

6.3 Metody diagnostiky v mateřské škole

Tyto metody jsou aplikovány při diagnostice dětí a jsou podstatnou nabídkou pro jejich širokou škálu využití.

Metodu pozorování používáme k seznámení se s dítětem docházejícího do mateřské školy. Jedná se o nejfrekventovanější metodu, kterou používá učitel/ka záměrně nebo náhodně. U

této metody rozlišujeme dva typy pozorování. Prvním z nich je **strukturované** pozorování, které je protokolováno do diagnostické tabulky. Druhý typ je naopak **nestrukturovaný**, kdy dochází k záznamu pozorovaných momentů v průběhu určitého časového úseku.

Metoda rozhovoru zprostředkovává poznatky založené na komunikaci mezi učitelem a dítětem, nebo učitelem a rodičem. Slouží k poznávání osobnostní struktury, které nelze určit pomocí ostatních metod.

Mezi **další diagnostické metody** můžeme zahrnout dotazník, anamnézu a rozbor dětské kresby. Velmi cennou metodou je poté **sociometrie**, která se zabývá výzkumem toho, čemu děti dávají přednost, co si oblíbují či zaujme jejich pozornost. **Dotazník** je velice praktickým nástrojem pro učitele/ky v mateřských školách, kteří je využívají pro rychlé získávání informací o dítěti od rodičů, či jejich zpětné vazby. Pojem **anamnéza** je označení pro podstatné informace o stavu rozvoje dítěte. Rozlišujeme buď rodinou či osobní anamnézu. Poslední metodou, která je využívána v rámci mateřských škol je **rozbor dětské kresby**, která napomáhá učitelům/kám k určení fáze stádia dětského vývoje (Syslová, Kratochvílová, Fikarová, 2018). Více o diagnostice vývoje kresby podle věku se můžeme dozvědět z publikace od Bednářové, Šmardové (2015).

Mateřská škola zajišťuje proces diagnostiky na základě poznávání dítěte. Diagnostikou pedagog zjišťuje úroveň dítěte ve všech vývojových oblastech. V případě obtíží se dále zabývá rozhodováním, zda je problém na tolik vážný a pokud ano, je nutné ho konzultovat s rodiči a navrhnout jaké další kroky by měli pro své dítě podniknout. Příkladem může být speciální vyšetření doporučené pedagogem zaměřené na problematickou oblast či návštěva školského poradenského zařízení. V některých případech je postačující podpora ze strany mateřské školy. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami popisuje podpůrné opatření o pěti stupních a pojednává o modifikaci hodnocení vzdělávání a metod organizace, které jsou aplikovány na děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Plán pedagogické podpory (PLPP) zabezpečuje přiměřenou a nezbytnou pedagogickou podporu dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Dalším důležitou pomocí pro mateřské školy jsou školská poradenská zařízení, která napomáhají k rozvoji a porozumění individualitě dítěte. Specialista dochází do mateřské školy a na základě metody pozorování dokáže diagnostikovat dítě se speciálními vzdělávacími potřebami ve skupině

vrstevníků a odkazuje na vyhledání dalších odborných pracovišť, pokud je to nutné. V případě dohody se zákonnými zástupci může tyto služby zprostředkovat škola, avšak je zde potřebný písemný souhlas zákonných zástupců. Dalšími partnery, kteří napomáhají mateřské škole jsou pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a také speciálně pedagogická centra (SPC). Obě tyto služby poskytují poradenské služby (Syslová, Kratochvílová, Fikarová, 2018).

7. Rozvoj dítěte s kochleárním implantátem v běžné mateřské škole

7.1 Metodologie a cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je ve výzkumné části zjistit, *jak probíhá práce s dětmi se sluchovou vadou v běžné mateřské škole*.

Dalšími dílčími cíli bakalářské práce je zjistit z polostrukturovaného rozhovoru proces odhalení sluchové vady, průběh implantace kochleárního implantátu, jeho následného programování a postupy při následné rehabilitaci. Dále jakou zpětnou vazbu poskytuje pedagog rodičům dětí se sluchovou vadou.

Pro splnění výzkumných cílů byly vytvořeny následující výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Došlo k odhalení sluchové vady na základě screeningového vyšetření či podezření rodičů?

Výzkumná otázka 2: Jak probíhal proces implantace a následná rehabilitace?

Výzkumná otázka 3: Jak ovlivňuje běžná mateřská škola dítě se sluchovou vadou a jakou poskytuje zpětnou vazbu rodičům?

Výzkumná část se vztahuje ke **kvalitativnímu** výzkumu. V tomto druhu jde o kvalitu vytěžených informací, kde nezáleží na počtu respondentů.

Pro sběr informací byl použit **polostrukturovaný rozhovor**, který byl zaznamenán na diktafon, aby ze záznamu mohl vzniknout selektivní protokol. Zvoleny byly předem formulované otázky, které autorka matkám pokládala a zaznamenávala si jejich odpovědi.

Dále byla využita metoda **analýzy**, díky které jsou popisovány případové studie v jednotlivých **kazuistikách** dětí.

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Na základě kvalitativního výzkumu, který je specializovaný především na šetření možností vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, společně s jejich spokojeností s možnostmi integrace byly osloveny tři slyšící rodiny, kterým se narodily děti mající vadu sluchu a implementovanou kompenzační pomůcku – kochleární implantát.

Kritéria výběru, mezi kterými bylo voleno byl jednak věk dítěte odpovídající předškolnímu období, dále zda dítě navštěvuje mateřskou školu a poskytnutí důležitých informací při rozhovoru zákonnými zástupci (v našem případě matkami).

Nutno podotknout, že rodiče všech zkoumaných dětí jsou slyšícími osobami. Mezi vybranými dětmi jsou dva chlapci (5 a 4 roky) a jedna dívka (5 let).

7.3 Vlastní výzkumné šetření

V souladu s informovaným souhlasem na výzkumném šetření byla provedena anonymizace osobních údajů, které by umožňovali přímou identifikaci zkoumaného dítěte a jeho rodinných příslušníků. Anonymizace byla provedena změnou jmen všech vyskytujících se osob za jména smyšlená. Také byly z textů i dokumentací využívaných během šetření vyňaty informace o mateřské škole a jejím personálu, či osob ze zdravotních zařízení, které by umožňovaly jejich rozpoznání.

Soupis pokládaných otázek

1. Kolik bylo Vašemu dítěti měsíců/let, když jste pojali podezření, že s jeho sluchem nemusí být vše v pořádku?
2. Komu jste jako první sdělili toto podezření?
3. Jak staré bylo vaše dítě, když jste s ním zašli na odborné vyšetření sluchu?
4. Prováděli vašemu miminku po porodu vyšetření OAE (Otoakustické emise)?
5. Objevila se vada sluchu již někdy dříve ve vaší rodině?
6. Má vaše dítě sluchovou vadu kombinovanou s dalším postižením nebo jinou speciální potřebou?
7. Učili jste své dítě znakový jazyk či jinou formu komunikace před implantací?
8. Za jak dlouho po zjištění diagnózy došlo u dítěte k vlastní implantaci?
9. Jak vaše dítě snášelo hospitalizaci v nemocnici, samotný zákrok a implantaci?
10. Kolik bylo dítěti měsíců, nebo let při operaci a má jeden nebo oba implantáty?
11. Jak probíhalo nastavení KI (kochleárního implantátu) tzv. programování?
12. Jaká byla reakce na první zvuky?
13. Jak úspěšně probíhá následná rehabilitace a jaké dělá vaše dítě pokroky?
14. Jak hodnotíte význam kochleárního implantátu u vašeho dítěte a jak se jeví celkový vývoj?

15. Nastaly nějaké problémy s kochleárním implantátem (např. poškození této kompenzační pomůcky)?
16. Je potřeba ještě s dítětem například procvičovat řeč a její výslovnost?
17. Navštěvuje vaše dítě speciální nebo běžnou mateřskou školu?
18. Zvládá pobyt v mateřské škole a jaká je jeho reakce na kolektiv?
19. Jaký způsob komunikace využívá Vaše dítě při komunikaci s pedagogem v MŠ?
20. Měla MŠ, kterou jste zvolili již nějaké zkušenosti s dětmi s vadou sluchu?
21. Jaká je zpětná vazba od pedagogů z MŠ na Vaše dítě?
22. Má Vaše dítě v MŠ přiděleného asistenta pedagoga?
23. Jak pedagogové/asistenti v MŠ s Vaším dítětem pracují a diagnostikují jeho psychomotorický vývoj?
24. Využili jste na počátku spolupráci s nějakým specializovaným centrem rané péče?
25. Navštěvujete a spolupracujete v současnosti s centrem pro dětský sluch? Např. organizace TAMTAM

7.4 Selektivní protokol polostrukturovaného rozhovoru

1. Kolik bylo Vašemu dítěti měsíců/let, když jste pojali podezření, že s jeho sluchem nemusí být vše v pořádku?

A: „U mého syna se na hluchotu přišlo až v jednom roce na vyšetření sluchu SSEP v celkové anestezii. Do té doby jsme podezření neměli my jako rodiče, ani lékaři. Syn se na mě otáčel, začal i slabikovat. Dobře to maskoval.“

B: „Podezření u syna jsem zaznamenala před prvním rokem. Bylo mi tehdy divné, že se syn neotáčí za zvuky, které byli hlasitější.“

C: „U mé dcery jsem dostala podezření, že něco není v pořádku v prvním roce.“

2. Komu jste jako první sdělili toto podezření?

- A: „První, komu jsem toto podezření sdělila byli lékaři na ORL ve Fakultní nemocnici Motol, kde následně odhalili postižení sluchu.“
- B: „První, komu jsem své podezření řekla byl pediatr, který nám následně vypsál žádanku na vyšetření do nemocnice.“
- C: „První podezření jsem konzultovala s pediatrem, jelikož mne znepokojoval pláč dcery a nezřetelný vývoj v oblasti řeči.“

3. Jak staré bylo vaše dítě, když jste s ním zašli na odborné vyšetření sluchu?

- A: „Byl mu jeden rok, když jsme se s ním vydali na vyšetření SSEP. Předtím opakovaně měřili otoakustické emise, ale syn nespolupracoval, a proto byli hodnoty neměřitelné.“
- B: „Synovi byl necelý rok, v nemocnici mu diagnostikovali foniatrickým vyšetřením ztrátu sluchu a lékař mu vybral sluchadla, které nosil přes půl roku a následně jsme požádali o kochleární implantaci.“
- C: „Dceři byl jeden rok, vyšetření proběhlo na klinice ORL metodou SSEP v celkové anestezii.“

4. Prováděli vašemu miminku po porodu vyšetření OAE (Otoakustické emise)?

- A: „Ano, prováděli v nemocnici Motol.“
- B: „Ano, po narození v nemocnici na Bulovce.“
- C: „Ano, prováděli hned po narození.“

5. Objevila se vada sluchu již někdy dříve ve vaší rodině?

- A: „Ne, v naší rodině se tato porucha nikdy neobjevila, byli jsme překvapeni.“
- B: „V naší rodině se hluchota nevyskytla, ani jiná vada sluchu.“
- C: „Nevím o tom, že by se objevila, proto mne to zaskočilo.“

6. Má vaše dítě sluchovou vadu kombinovanou s dalším postižením nebo jinou speciální potřebou?

A: „Ano, má ještě kolitidu Crohnovského typu, což je autoimunitní onemocnění.“

B: „Ano, má vývojovou vadu řeči takzvanou vývojovou dysfázií“.

C: „Ne, nemá žádnou další potřebu.“

7. Učili jste své dítě znakový jazyk či jinou formu komunikace před implantací?

A: „Ano, učila jsem ho znakový jazyk.“

B: „Ano, znakový jazyk jsem syna učila.“

C: „Ano, učila jsem dceru i nejbližší rodinu.“

8. Za jak dlouho po zjištění diagnózy došlo u dítěte k vlastní implantaci?

A: „Přesně za devět měsíců od zjištění diagnózy.“

B: „Za devět měsíců.“

C: „Asi za šest až sedm měsíců.“

9. Jak vaše dítě snášelo hospitalizaci v nemocnici, samotný zákrok a implantaci?

A: „Syn je na hospitalizaci zvyklý od miminka, důležité pro něj bylo, že jsem mohla být celou dobu s ním (kromě čtyřhodinové implantace). Pooperační bolesti byly tlumené léky. Náročné bylo, že implantací přišel o zbytky sluchu a do prvního nastavení kochleárního implantátu jsme mohli komunikovat pouze znakovým jazykem. Než nás propustili domů, syn na ORL chytl rotavirovou infekci a hospitalizace se prodloužila o další dva týdny. Zdravotně se z rotavirů dostával půl roku, a to bylo pro naši rodinu hodně náročné.“

B: „Syn ze začátku neplakal a oblíbil si tam i personál, ale já jsem byla zrovna v očekávání druhého dítěte, a tak mi lékaři doporučili, abych se v nemocnici příliš nepohybovala a neohrozila tak svůj stav. Po rozhovoru s manželem si vzal dovolenou v zaměstnání a byl po celou dobu s ním.“

C: „Dcera byla ze začátku veselá až do samotného zákroku. Po celou dobu kromě zákroku jsem byla s ní, což si myslím bylo pro nás obě velice důležité.“

10. Kolik bylo dítěti měsíců, nebo let při operaci a má jeden nebo oba implantáty?

A: „Byl mu rok a devět měsíců a má oba implantáty.“

B: „Synovi při implantaci bylo dvacet dva měsíců a má oba implantáty.“

C: „Bylo jí devatenáct měsíců a má oboustrannou implantaci.“

11. Jak probíhalo nastavení KI (kochleárního implantátu) tzv. programování?

A: „Když syn poprvé slyšel bouchání do bubínku na prvním nastavení, hodně se lekl a plakal. Což je normální reakcí na tento jev.“

B: „Syn vnímal nové podněty, ale bál se neznámých zvuků.“

C: „Když dcera uslyšela první zvuk, tak se rozplakala a implantáty nechtěla.“

12. Jaká byla reakce na první zvuky?

A: „Syn se pořád otáčel a hledal, co daný zvuk vydává. To dělá dodnes, když slyší nový zvuk. První zvuky si hodně užíval, byl šťastný a smál se. Minimálně se stalo, že se mu zvuky nelíbily, bál se, a tak kochleární implantát sundal. Příkladem byl třeba déšť.“

B: „Syn reagoval na zvuky tak, že sám byl potichu a poslouchal odkud se objeví nějaký zvuk.“

C: „Na první zvuk reagovala pláčem.“

13. Jak úspěšně probíhá následná rehabilitace a jaké dělá vaše dítě pokroky?

A: „Výborně. Docházíme na logopedii 1x měsíčně a procvičujeme, co je potřeba. Pokroky dělá velké, mluví ve větách, nyní už začíná používat i zvrtná zájmena. Má problém s výslovností L a Ř.“

B: „Navštěvujeme klinickou logopedii jednou za měsíc, kde syn procvičuje různé cviky pusy, pokrok dělá každým dnem a jsem za něj ráda“.

C: „Snažím se s dcerou navštěvovat logopedii, kde se specialistkou procvičuje řeč.“

14. Jak hodnotíte význam kochleárního implantátu u vašeho dítěte a jak se jeví celkový vývoj?

- A: „Výborně, implantace synovi výrazně pomohla, takže mohu říct, že hodně věcí dohnal. Řečově a motoricky je pozadu za svými vrstevníky, ale mentálně je podle psychologa napřed“.
- B: „Kochleární implantát je dnes nezbytnou součástí u dítěte, které neslyší. Vývojově syn selhává v orientaci v prostoru a je opožděn v řeči.“
- C: „Velmi kladně, jsem ráda, že je takováto možnost náhrady sluchu a mohli jsme ji naší dceři dopřát.“

15. Nastaly nějaké problémy s kochleárním implantátem (např. poškození této kompenzační pomůcky)?

- A: „Ano, kvůli vyšetření střev syn podstoupil magnetickou rezonanci a před výkonem mu nedali předepsanou bandáž hlavy přes kochleární implantát, tak se mu silou magnetické rezonance otočily magnety v kochleárním implantátu a musel na reoperaci.“
- B: „Ne, žádné problémy s kochleárním implantátem ani se sluchadly jsme neměli.“
- C: „Prozatím jsme se nesetkali se žádnými problémy.“

16. Je potřeba ještě s dítětem například procvičovat řeč a její výslovnost?

- A: „Ano, neustále procvičujeme.“
- B: „Ano, pořád procvičujeme.“
- C: „Ano, každý den se snažíme procvičovat jak řeč, tak výslovnost. Hodně jí ovlivňuje její soustředění.“

17. Navštěvuje vaše dítě speciální nebo běžnou mateřskou školu?

- A: „Navštěvuje běžnou mateřskou školu a chodí do třídy s menším počtem dětí. Ve třídě má asistenta pedagoga“.
- B: „Syn je integrován a chodí do běžné mateřské školy. Je ve třídě s čtyřiatvaceti dětmi a má k sobě asistenta, který s ním tráví dopolední program.“
- C: „Navštěvuje mateřskou školu, je integrována do třídy slyšících dětí.“

18. Zvládá pobyt v mateřské škole a jaká je jeho reakce na kolektiv?

- A: „Ano, pobyt zvládá výborně, je rád mezi svými vrstevníky. Děti mu v mateřské škole hodně pomáhají a upozorňují například když mu „ouško“ (jak mi doma říkáme) spadne.“
- B: „Pobyt v mateřské škole syn zvládá bez obtíží, při nástupu do mateřské školy měl trochu delší adaptaci, ale s některými dětmi se znal ze hřiště, tak už není problém ho nechat v celodenním provozu i se spaním ve školce.“
- C: „Pobyt v mateřské škole je bezproblémový, ráda do ní chodí a má ve třídě kamarády z okolí.“

19. Jaký způsob komunikace využívá Vaše dítě při komunikaci s pedagogem v MŠ?

- A: „Syn komunikuje mluvenou řečí a pokud dostatečně neporozumí úkolu, upřesním mu jej znakovým jazykem, jelikož jsem asistentem pedagoga.“
- B: „Komunikuje znakovým jazykem a jednoduchými slovními spojeními.“
- C: „Komunikuje mluvenou řečí a dopomáhá si znakovým jazykem.“

20. Měla MŠ, kterou jste zvolili již nějaké zkušenosti s dětmi s vadou sluchu?

- A: „Ano měla, rozhodně jsme nebyli prvními v této mateřské škole.“
- B: „Ano, v mateřské škole v minulosti již bylo dítě s vadou sluchu.“
- C: „Ano, při nástupu mého dítěte mi bylo sděleno, že již mají s integrací dítěte se sluchovou vadou zkušenosti.“

21. Jaká je zpětná vazba od pedagogů z MŠ na Vaše dítě?

- A: „Třídní učitelka mi zajišťuje zpětnou vazbu především konzultacemi, které mi nabízí. Popřípadě ve volné chvíli, když se potkáme.“
- B: „Pedagog nám nabízí konzultace, popřípadě píše e-maily o chystaném tématu na následující týden. Dále nám každý den při vyzvedávání našeho syna dává informace o tom, jaké konkrétní činnosti ho čekají následující den.“

C: „Pedagog mi posílá materiály k právě probíranému tématu, informuje o výletech a dalších vzdělávacích akcích. Je velmi vstřícná a snaží se vyhovovat všem mým žádostem o konzultace, vždy mi dokáže poradit.“

22. Má Vaše dítě v MŠ přiděleného asistenta pedagoga?

A: „Ano, jsem jím přímo já osobně, jelikož mám vystudovanou speciální pedagogiku v oblasti surdopedie.“

B: „Ano má, jelikož mu byla doporučena podpůrná opatření třetího stupně.“

C: „Ano, byl jí přidělen na základě její vady sluchu.“

23. Jak pedagogové/asistenti v MŠ s Vaším dítětem pracují a diagnostikují jeho psychomotorický vývoj?

A: „Syn pracuje s třídní učitelkou tak, že sleduje její gestikulaci a navazuje oční kontakt. Jelikož s kochleárním implantátem slyší bez problému, dokáže porozumět instrukcím, které mu zadává. Někdy se ovšem stane, že dostatečně neporozumí instrukcím a poté mu musím znakovým jazykem instrukce dovysvětlit. Diagnostiku provádějí a při konzultacích do ní mohu kdykoliv nahlédnout a zlepšovat nedostatky.“

B: „Syn pracuje především s asistentem pedagoga, který s ním procvičuje především řečové schopnosti pomocí obrázků, aby dokázal vyjadřovat jednoduchá slovní spojení. Diagnostiku provádí podle věku a průběžně jsem s ní seznamována.“

C: „Dcera pracuje jak s třídní učitelkou, tak asistentem pedagoga. Pracuje samostatně dle zadání a někdy si dopomáhá znakováním. Diagnostiku používají a na základě vyžádání mi ji vždy předloží.“

24. Využili jste na počátku spolupráci s nějakým specializovaným centrem rané péče?

A: „Ne.“

B: „Ne, ale nyní využíváme spolupráci se speciálně pedagogické centrum.“

C: „Ne.“

25. Navštěvujete a spolupracujete v současnosti s centrem pro dětský sluch?

Např. organizace TAMTAM

A: „Ne.“

B: „Ne.“

C: „Ne.“

Případová studie č. 1 – Lukáš

Osobní a rodinná anamnéza:

Prvním výzkumným vzorkem je chlapec ve věku 5 let, narozen roku 2015, s Crohnovou nemocí spojenou s percepční (senzorineurální) nedoslýchavostí a oboustrannou ztrátou sluchu. Je integrován do mateřské školy běžného typu (menší kolektiv 13 dětí ve třídě), kterou navštěvuje.

Chlapec, jedináček, je z úplné tříčlenné rodiny. Tvořena matkou dítěte, 33let, magisterské vzdělání, povoláním učitelka. Zdráva, nikdy vážněji nestonala.

Otec dítěte, 38 let, středoškolské vzdělání, povoláním technik. Je zcela zdrav.

Ani u jednoho z rodičů se nepotvrdila žádná vážnější nemoc, ani vada sluchu, oba jsou slyšícími osobami.

Osobní anamnéza – od narození po současnou situaci:

Chlapec se narodil z druhého fyziologického těhotenství matky. Průběh těhotenství byl bezproblémový. Porod proběhl spontánně, bez komplikací a v termínu. Porodní hmotnost byla 2980 g, délka činila 49 cm, psychomotorický vývoj byl zaznamenán v normě.

Během šestinedělí, nastala hospitalizace ve fakultní nemocnici Motol z důvodu dehydratace a žaludeční virózy. Následně se hospitalizace opakovala po necelých čtrnácti dnech v důsledku zvracení a úbytku na váze. Následovalo několik dalších hospitalizací, než mu bylo zjištěno autoimunitní onemocnění – Crohnova nemoc. V dobách mezi hospitalizacemi probíhal vývoj bezproblémově, chlapec se projevoval jako zdravé miminko, které se

zvedalo, přetáčelo na břicho, otáčelo hlavičku za zvuky a ani na preventivních prohlídkách u pediatra nedošlo k podezření na sluchovou vadu.

Když byl chlapečkovi rok, odhalili lékaři při vyšetření sluchu metodou SSEP v celkové anestezii percepční nedoslýchavost s oboustrannou ztrátou sluchu. Na základě této diagnózy mu byly předepsány sluchadla, které nosil devět měsíců.

Před druhým rokem mu nechali rodiče voperovat oba kochleární implantáty. Programování kochleárních implantátů proběhlo od operace za čtyři týdny. Nadále probíhali hospitalizace ohledně potíží s Crohnovou poruchou.

V období okolo tří let proběhla další hospitalizace, jejíchž příčinou bylo poškození kochleárních implantátů, nedodržením předepsaných postupů při vyšetření magnetickou rezonancí a tím mu bylo způsobeno přepólování magnetů ve vnitřní části kochleárního implantátu nacházející se ve spánkové kosti a musel prodělat reoperaci. Po reoperaci proběhlo opět naprogramování kochleárních implantátů. Po pár týdnech začal sám tvořit věty, ovšem někdy bylo slovní spojení nezřetelné. Neverbální složka odpovídala úrovni kalendářního věku, verbální složka úrovni tří let. Kresba odpovídá věku a úchop tužky byl správný, ovšem matka sdělila, že kreslil pouze černou pastelkou. Pokud neporozumí dostatečně mluvené řeči, může se cítit nejistý. Potřebou je, aby byl seznámen s činností dopředu. Jestliže by tomu tak nebylo, mohl by se ztrácet v orientaci, což by vedlo k nezapojení se do činností, neporozumění instrukcím a vlivům, které ho obklopují.

Ve čtyřech letech nastoupil do běžné mateřské školy s menším počtem dětí ve třídě. Adaptace proběhla dobře a bez větších obtíží. Chlapec je veselý a kamarádský. Všechno ho zajímá a objevuje nové věci. V mateřské škole je mnoho podnětů zrakových i sluchových, a proto bývá již během pobytu venku velmi unavený. Ve třídě má k sobě asistenta pedagoga, který mu nabízí oporu při činnostech a pomáhá ke zlepšení podmínek a pokud dostatečně neporozumí slovnímu zadání, tak mu napomáhá s porozuměním znakovým jazykem, jelikož má třetí stupeň podpůrných opatření. Do mateřské školy chodí velmi rád, má v ní několik kamarádů, kteří mu pomáhají a upozorní ho, když se mu odpojí kochleární implantát. Nutná je vizualizace (ukázka) při všech činnostech, zadávání jednoduchých instrukcí, kontrola pochopení a mluvená řeč „z očí do očí“.

V období pěti let již tvoří souvětí. Lze mu dobře porozumět. Dochází na pravidelná setkání s logopedem, kde procvičují L a Ř. Vyskytnou se i chvíle, kdy hůře porozumí zadanému úkolu, a proto je potřeba mu zadání ještě jednou zopakovat. Oslabení je v oblasti hrubé motoriky, ostatní oblasti zvládá podle věku. Je doporučeno rozvíjet i nadále slovní zásobu a opravovat při špatné výslovnosti.

Případová studie č. 2 – Petr

Osobní a rodinná anamnéza:

Druhý výzkumný vzorek tvoří chlapec ve věku 4 let, narozen v roce 2016, s diagnózou těžké vady sluchu. Chlapec navštěvuje prvním rokem běžnou mateřskou školu.

Chlapec je z úplné rodiny. Matka dítěte, 31 let, středoškolské vzdělání, povoláním floristka, nyní na mateřské dovolené. Zcela zdráva.

Otec chlapce, 34 let, má středoškolské vzdělání, povoláním IT technik. Je zdrav.

V rodině jsou oba rodiče plně slyšící a neobjevila se žádná vada sluchu ani u ostatních příbuzných.

Osobní anamnéza – od narození po současnou situaci:

Chlapec se narodil z fyziologického těhotenství matky. V průběhu těhotenství nenastaly žádné komplikace. Porod proběhl spontánně přirozenou cestou, bezproblémově a v termínu. Porodní hmotnost byla 3650 g, délka činila 51 cm. Adaptace po porodu proběhla bez obtíží.

Po novorozeneckém screeningu byl výsledek otoakustických emisí výbavný. Až do devátého měsíce života nic nenasvědčovalo tomu, že by s chlapcem mohlo být něco v nepořádku. Vývoj probíhal podle pravidelných preventivních prohlídek v normě. Matka pojala podezření na konci kojeneckého věku a obrátila se na pediatra s žádostí o pomoc. Po konzultaci lékař vystavil žádanku na foniatrické vyšetření do nemocnice. Následným vyšetřením na ORL se diagnostikovalo, že chlapec má těžkou ztrátu sluchu. Foniatrem mu byly vybrány a seřizeny sluchadla, které nosil přes půl roku. Chlapec měl díky sluchadlům nastartovaný řečový rozvoj.

Rodiče následně podali žádost o oboustrannou implantaci kochleárních implantátů. Do zákroku implantace chlapec sluchadla ještě využíval, přinášelo to mírné zlepšení. Před

druhým rokem mu byly implantovány oba kochleární implantáty. Programování kochleárních implantátů proběhlo od operace za 6 týdnů. Oba kochleární implantáty nosí celodenně, výborně si na ně zvykl a odendává si je pouze na spánek a odpočinek.

V období okolo tří let byl s matkou doma, jelikož je v očekávání druhého potomka. Věnovala se jeho potřebám, učila ho sebeobsluhu, procvičovali řeč. Logoped diagnostikoval, že má chlapec ke své diagnóze přidruženou vývojovou vadu řeči takzvanou vývojovou dysfázií. Na logopedii pravidelně docházejí jedenkrát za měsíc.

Ve čtyřech letech nastoupil do běžné mateřské školy do třídy s 24 dětmi. Ve třídě má k sobě asistenta pedagoga, který mu poskytuje pomoc při vzdělávání při podpůrném opatření třetího stupně. Následným docházením na klinickou logopedii dochází k postupnému zlepšení v oblasti řeči, kde začíná užívat jednoduchá slovní spojení. Lepší porozumění poskytuje dítěti asistent pedagoga za pomoci obrázků. Navštěvují také poradenské zařízení SPC (speciálně pedagogické centrum).

Případová studie č. 3 – Kristýna

Osobní a rodinná anamnéza:

Posledním třetím výzkumným vzorkem je dívka, ve věku 5 let, byla narozena v roce 2015, s těžkou vadou sluchu s oboustrannou ztrátou sluchu. Dívka navštěvuje běžnou mateřskou školu.

Dívka je z úplné rodiny. Matka dítěte, 25 let, středoškolské vzdělání, povoláním recepční. Je plně zdravá.

Otec dívky, 32 let, má vystudované středoškolské vzdělání, povoláním je kurýr. Po zdravotní stránce je naprosto zdrav.

Oba rodiče netrpí žádnou vadou sluchu, jsou zcela slyšící a sluchová vada nebyla zjištěna ani u ostatních členů rodiny.

Osobní anamnéza – od narození po současnou situaci:

Dívka se narodila z prvního těhotenství matky. Průběh těhotenství bezproblémový. Porod probíhal bez komplikací a přirozenou cestou. Porodní hmotnost byla 3260 g, délka činila 49 cm. Poporodní stav šestinedělí probíhal bez obtíží.

Dívka se narodila zcela v pořádku bez zjevných obtíží. Vývoj z hlediska dětské lékařky podle standartních kritérií. S matkou docházeli na pravidelné kontroly. Rodina je plně slyšící a ani genetické predispozice nepředpovídaly možnost objevení sluchové vady. Rodinu pouze znepokojoval neustálý pláč miminka. Tato skutečnost byla konzultována s pediatrem, který vznesl dotaz, zda dívka slyší. Matka se nad dotazem pediatra na chvíli pozastavila a začala uvažovat zpětně nad chováním svého dítěte. Jelikož se dívka otáčela za zvuky, tak matka neviděla jedinou příčinu, že by její dcera mohla mít sluchovou vadu.

Okolo prvního roku, když dívka nevykazovala zřetelný vývoj řeči, rodina vyhledala odborníka, ke kterému se následně objednali a podstoupili s dcerou vyšetření sluchu. Vyšetření proběhlo v nemocnici na klinice ORL metodou SSEP v celkové anestézii, kde vadu následně diagnostikovali. Dívka posléze obdržela sluchadla a nosila je až do doby implantace.

V jednom roce a sedmi měsících nechali rodiče dívce implantovat oba kochleární implantáty. Následovala rehabilitace a po čtyřech týdnech od operace programování implantátů. V okamžiku, kdy dívka uslyšela první zvuk se rozplakala a implantáty odkládala, jelikož pro ni byly nové zvuky ze začátku nepříjemné.

V období, kdy dívce byly tři roky, začala používat jednoduchá slovní spojení o dvou slovech, přičemž ne vždy jí bylo zřetelně rozumět. Rodiče s dívkou pravidelně navštěvují logopedickou ambulanci, kde rozvíjí a procvičují řeč.

Dívka od čtyř let navštěvuje běžnou mateřskou školu. Na základě její vady sluchu jí byl přidělen asistent pedagoga, který ji po všech stránkách dopomáhá a plně se jí věnuje.

Čtvrtý rok zároveň přinesl další pokroky v podobě lepšího porozumění v řeči a využívá mluvenou řeč společně se znakováním.

7.5 Závěry z šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je ve výzkumné části zjistit, jak probíhá práce s dětmi se sluchovou vadou v prostředí běžné mateřské školy. V závislosti na tomto cíli byly položeny tři výzkumné otázky, které budou zodpovězeny v této podkapitole.

Výzkumná otázka 1: *Došlo k odhalení sluchové vady na základě screeningového vyšetření či podezření rodičů?*

Sluchové vada byla ve všech třech zkoumaných případech odhalena v období kolem prvního roku života na základě odborného vyšetření sluchu ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Všechny rodiny sdělily svá prvotní podezření lékaři, ve dvou případech dětskému pediatrovi a v jednom přímo specializovanému lékaři. Všechny děti po porodu podstoupily vyšetření OAE s výbavným výsledkem, který tedy nenasvědčoval možnost sluchové vady. Možnosti výskytu sluchové vady nenasvědčovaly ani genetické predispozice, jelikož jsou všichni členové rodin plně slyšící. Kromě sluchové vady má jeden ze sledovaných vzorků také autoimunitní onemocnění a druhý vzorek má diagnostikovanou vývojovou dysfázii.

Výzkumná otázka 2: *Jak probíhal proces implantace a následná rehabilitace?*

Ještě před samotnou implantací se všechny tři děti začaly učit znakový jazyk jako formu komunikace. Implantace ve všech případech proběhla do jednoho roku od diagnostikování sluchové vady, konkrétně ve dvou případech po devíti měsících a v jednom případě dokonce již mezi šestým až sedmým měsícem. Na průběh hospitalizace i samotného zákroku implantace reagovalo každé dítě jiným způsobem. Všem třem zkoumaným dětem byla provedena oboustranná implantace do dvou let věku. Prvotními pocity dětí, které po programování kochleárních implantátů uslyšely zvukové podněty, byla nejistota a vyděšení. Po procesu adaptace nové sluchové schopnosti nastalo období seznamování se s novými zvuky a podněty, které do té doby neznaly a reakce na ně byly různé. Všechny zkoumané děti v rámci rehabilitace dochází na logopedii a všechny dělají pokroky v řečové oblasti. Dotázané rodiny se jednotně shodly na tom, že kochleární implantáty jsou skvělou kompenzační pomůckou pro jejich děti a jsou rády, že tuto možnost mohly svým dětem dopřát. Vývoj je u každého z dětí individuální a je potřeba jej dále rozvíjet po všech stránkách. Problém s kochleárními implantáty ve zkoumaném vzorku nastal pouze v jednom případě, a to z důvodu nedodržení předepsaných postupů pro provedení vyšetření pomocí magnetické rezonance u osob s kochleárním implantátem, čímž došlo k přepólování magnetů v implantátu a dítě muselo podstoupit reoperaci. Zbylé dva zkoumané vzorky se s žádnými problémy nesetkaly.

Výzkumná otázka 3: *Jak ovlivňuje běžná mateřská škola dítě se sluchovou vadou a jakou poskytuje zpětnou vazbu rodičům?*

V prvé řadě je nutné zmínit, že všechny zkoumané děti navštěvují běžnou mateřskou školu, do které jsou integrovány a mají přiděleného asistenta pedagoga. Všechny děti dle vyjádření rodičů zvládají pobyt v běžné mateřské škole bez sebevětších obtíží a kolektiv je přijímá jako sobě rovné. Všichni se snaží převážně komunikovat mluvenou řečí, avšak někdy je nutné ji proložit znakovým jazykem. Všechny mateřské školy, které zkoumané děti navštěvují, již při jejich nástupu měly zkušenost s dětmi se sluchovou vadou. Pedagogové ve všech mateřských školách, které pozorované děti navštěvují se snaží být co nejvíce nápomocní, zajišťují zpětnou vazbu především konzultacemi a poskytují co nejpřesnější informace o nadcházejících tématech a událostech, aby rodiče mohli své děti připravit na to, co je čeká. Všechny zkoumané rodiny se snaží komunikovat primárně s pedagogem, avšak asistent dopomáhá u každého z nich v jiné míře. Ve všech zkoumaných mateřských školách provádí diagnostiku psychomotorického vývoje. Žádná z pozorovaných rodin nevyužila na počátku spolupráci se specializovaným centrem rané péče a v současné době pouze jedna rodina využívá spolupráci se speciálně pedagogickým centrem.

V průběhu výzkumného šetření při rozhovoru s matkami jsem měla možnost vyslechnout si s jakými diagnózami se jejich děti potýkají. V mateřské škole jsem mohla nahlédnout do zdravotní dokumentace a zároveň do složek diagnostiky všech tří výše zmíněných dětí se sluchovou vadou.

Tato bakalářská práce je určena pro rodiče dětí se sluchovým postižením, dále pro pedagogické pracovníky mateřských škol a pro kohokoliv, kdo se o touto tematikou zabývá.

8. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala dítětem se sluchovým postižením v běžné mateřské škole. Hlavním cílem bakalářské práce bylo ve výzkumné části zjistit, jak probíhá práce s dětmi se sluchovou vadou v prostředí běžné mateřské školy.

Práce se skládá z části teoretické a praktické. Druhá kapitola, kterou začíná část teoretická se zabývá dítětem, jeho psychomotorickým vývojem dle období a dítětem se sluchovou vadou a jeho potřebami. Tématem třetí kapitoly je rodina s podtématem raná péče. Ve čtvrté kapitole se zabýváme sluchem, stavbou a funkcí sluchového aparátu, dělením druhů, příčinami, diagnostikou sluchových vad a poruch, společně s metodami jejich diagnostiky a je zakončována tématem kompenzační pomůcky. Pátá kapitola je zaměřena na komunikaci, řeč a sluchovou percepci, znakový jazyk, odezírání a logopedickou péči. Šestá kapitola pojednává o mateřské škole, integračním vzdělávání, diagnostice v mateřské škole a jejích metodách.

Praktická část začíná v kapitole sedmé, která pojednává o rozvoji dítěte se sluchovým postižením (v našem případě konkrétně s kochleárním implantátem) v běžné mateřské škole. Výzkumná část byla kvalitativního charakteru. Informace byly získány za použití polostrukturovaného rozhovoru, během kterého byly matkám kladeny předem připravené otázky a celý rozhovor byl zaznamenán na diktafon. Na základě záznamu vznikl selektivní protokol rozhovoru. Během výzkumu byla využita také metoda analýzy, s jejíž pomocí jsou v jednotlivých kazuistikách dětí popisovány případové studie. Subjekty šetření byly tři slyšící rodiny, jejichž děti mají vadu sluchu.

Postupným naplňováním dílčích cílů bylo dosaženo také naplnění cíle hlavního. V jejich návaznosti byly také zodpovězeny výzkumné otázky.

Výzkumné šetření potvrdilo, že dítě se sluchovou vadou je možné úspěšně integrovat do běžné mateřské školy. Na cestě za tímto cílem mohou velice pomoci kompenzační pomůcky, jakou je například kochleární implantát. Pro úspěch je velice důležitá včasná diagnostika vady sluchu a případná volba nejvhodnější kompenzační pomůcky. Dalším důležitým faktorem je spolupráce pedagoga s asistentem pedagoga, ale také přímo s rodiči dítěte a dalšími odborníky.

Svým zaměřením je tato bakalářská práce určena pedagogům z běžných mateřských škol, kteří se čím dál tím častěji setkávají s dětmi se sluchovou vadou. Také by mohla být cenným rádcem pro rodiče, jejichž dítě má vadu sluchu a rozhodují se, zda svému dítěti implantovat kochleární implantát.

9. Seznam použitých informačních zdrojů

Seznam použité literatury

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let. 2. vydání. Ilustroval Richard ŠMARDA. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0658-1.

DOUŠOVÁ, Věra, Kristina KRATOCHVÍLOVÁ a Jitka MOTEJZÍKOVÁ. Být neslyšící nemusí být problém: jak postupovat při výchově dětí se sluchovým postižením: postřehy z psychologické poradny. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2014. ISBN 978-80-86792-38-5.

FENCLOVÁ, Jana, Markéta NOVOTNÁ, Adéla KOHOUTOVÁ a Věra DOUŠOVÁ. Nebojte se zákonů, hájí práva dětí: informační brožura pro rodiče dětí se sluchovým postižením. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2016. ISBN 978-80-86792-31-6.

HOLMANOVÁ, Jitka. Raná péče o dítě se sluchovým postižením. Třetí upravené vydání. Praha: Septima, 2016. ISBN 978-80-7216-345-8.

HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie [online]. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HUDÁKOVÁ, Andrea. Ve světě sluchového postižení: informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s kochleárním implantátem. Praha: Středisko rané péče Tamtam, 2005. ISBN 80-86792-27-7.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu [online]. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-9225-0.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva. Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0944-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. Rodiče a děti. Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.

MOTEJZÍKOVÁ, Jitka a Jana BARVÍKOVÁ. Kochleární implantáty: rady a zkušenosti. 2009. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009. ISBN 978-80-86792-23-1.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. Péče o dítě s postižením sluchu [online]. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-8941-5.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

SYSLOVÁ, Zora, Jana KRATOCHVÍLOVÁ a Táňa FIKAROVÁ. Pedagogická diagnostika v MŠ: práce s portfoliem dítěte. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1324-6.

ŠEDIVÁ, Zoja. Psychologie sluchově postižených ve školní praxi. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání [online]. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2846-2.

Seznam použitých internetových zdrojů

Fakultní nemocnice v Motole. Informace pro pacienty [online]. [cit. 21.11.2020]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/klinika-usni-nosni-a-krcni-uk-2-lf-a-fn-motol/ambulance/foniatricke-oddeleni/imnformace-pro-pacienty/>

Fakultní nemocnice Hradec Králové. První kochleární implantace [online]. 1.2.2017 [cit. 21.11.2020]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/prvni-kochlearni-implantace>

10. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Vzor Informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru a dalších informací
pro bakalářskou práci

Příloha č. 2 – Soupis pokládaných otázek